АКАДЕМИЯ НАУК БССР И КЛИНИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
БЕЛОРУССКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

№ 1

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
АКАДЕМИКА
А. Я. ПРОКОПЧУКА

Год издания — четвертый

ЯРОСЛАВЛЬ
1944 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРА

Возобновляя выпуск „Практической дерматологии“ в гор. Ярославле, мы в первый номер поместили работы, посвященные, главным образом, изучению действия новых препаратов на гнойные раны и другие болезненные процессы.

Выпускаемый сотрудниками моей лаборатории (Никольский, Савинова, Голубкова) препарат грамицидин изготовляется из штамма Гаузе-Бражниковой Московского тропического института (директор проф. *Сергиев*).

Сульфамидный препарат альбуцид изготовлялся до 1941 года в лаборатории Академии Наук БССР в Минске, в 1942—1943 году—в лаборатории в Сталинабаде.

Академик *А. Я. Прокопчук.*

Лечение гнойных ран и фурункулеза альбуцидом

Академик А. Я. ПРОКОПЧУК

С фронта Великой Отечественной войны приходят день ото дня радостные вести: в то время, когда наша доблестная Красная Армия сокрушительными ударами разрушила долговременные оборонительные укрепления фашистских армий на Ю. Буге, Днестре, достигла своих советских государственных границ и загнала фашистскую нечисть за р. Прут, к Карпатским горам, войска белорусских фронтов развеяли в прах их оборону. Почти $^{9}/_{10}$ занятой ранее фашистами нашей родной земли освобождено героической Красной Армией, миллионы советских людей освобождены от рабства, ценнейшие экономические районы вновь вернуты СССР.

Наши победы на фронте куются рабочими Урала, Сибири и Средней Азии, вооружающими нашу героическую Красную Армию совершеннейшим оружием. Наши колхозники обеспечивают питанием бойцов, дают Красной Армии одежду, обувь и своим патриотическим порывом укрепляют волю нашего бойца к победе над злобным и коварным врагом.

Перед медицинскими работниками стоит не менее почетная роль в помощи фронту—создание правильной системы санитарной охраны и санитарной организации наступающих войск, обеспечение лучших методов лечения раненых бойцов, восстановление их боеспособности.

Чтобы раненый боец скорее вернулся к выполнению своего долга—защиты свободы и независимости нашей родины,—нам, медицинским работникам, надо создать совершеннейшую систему предотвращения тех тяжелых последствий, которые следуют за гнойным заражением ран. Военные раны страшны тремя своими спутниками: развитием шокового состояния, кровотечениями и наступающей почти неминуемо инфекцией ран.

И если советские врачи возвращают в строй более 75 % раненых, пострадавших в чудовищных битвах этих 3-х грозных лет, то это стало возможно вследствие высокой культуры советского врача, воспитанника наших медицинских ВУЗ'ов.

В прошлую мировую войну 1914—1918 гг. по данным англо-американской статистики 70 % смертности было вызвано главным образом заражением ран гнойными микробами—стрепто-стафилококками или реже анаэробными микробами, вызывающими синдромы газовой гангрены.

И почти единственным и верным в прошлую войну методом борьбы с нагноениями ран было раннее в первые же часы ранения иссечение размозженных и, понятно, загрязненных (земля, пыль, обрывки одежды) ран по методу Годье-Леметр.

И сегодня мы от своих хирургов также требуем раннего хирургического иссечения и тщательной обработки загрязненных ран.

Значительная опасность грозит раненому, если его раневая область не может быть обработана подобным образом.

С появлением сульфамидных соединений—стрептоцида и сульфидина, сульфазола и альбуцида удалось удлинить сроки, при которых еще возможна первичная обработка ран.

В таких случаях раневая область после ее первичной обработки (удаление инородных предметов, иссечение разорванных и размозженных тканей) посыпается порошком стрептоцида, как это стало широко практиковаться французскими врачами в войне с фашистской Германией в 1940 году (Легру, Бассэ, Мишон, Мартэн и др.).

Следует, однако, отметить, что первое применение сульфамидных препаратов при первичной обработке ран принадлежит американским хирургам Дженсену, Джонстону и Нельсону, которые еще в 1939 году опубликовали хороший успех при обработке 39 открытых переломов конечностей стрептоцидом. У 35 больных из 39 заживление наступило без нагноения вследствие обильного припудривания раневых областей белым стрептоцидом.

Проф. Юдин, лауреат Сталинской премии, был главою русских хирургов в пропаганде, применении и разработке этого метода в СССР и в частности на полях сражений.

Сотни, тысячи раненых были спасены потому, что в его загрязненную рану опытные руки врача, фельдшера, сестры или санитарного инструктора во-время внесли этот замечательный препарат—стрептоцид.

Однако есть ряд ран, есть ряд нагноительных процессов, есть ряд других гнойных повреждений тканей у раненого или больного, при котором и этот самый совершеннейший из методов—первичная хирургическая обработка плюс тщательная засыпка раневой области белым стрептоцидом—не дает успеха.

Изучая флору таких ран, устанавливали под микроскопом, что чаще всего из гнойного отделяемого высевывается стафилококк, на который белый стрептоцид слабее действует, чем на стрептококк.

Поэтому стали применять смесь белого стрептоцида с сульфазолом, так как последний активнее по своему влиянию на стафилококк белого стрептоцида.

Я применял в 1940 г. с успехом присыпку на гнойные раны альбуцида и стрептоцида в гнойные очаги при пиодермии, с одновременным приемом альбуцида внутрь по 1,0×4 раза в день. Альбуцид изготовлен в 1940 г. в лаборатории Академии Наук БССР инженером-технологом П. Н. Рабиновичем, в военные годы в небольшом количестве изготовлялся им в моей лаборатории в Сталинабаде.

Очень успешно и эффективно были излечены многие гнойные заболевания при применении альбуцида внутрь в указанной выше дозировке.

Наряду с тем альбуцид был применен на десятках больных гонорреей, о чем мною было доложено в комиссии Государственного Учебного Медицинского Совета Наркомздрава СССР под председательством проф. ГРИГОРЬЕВА (см. за 1940 г. Советский Вестник дерматологии № 10, где помещена резолюция комиссии Учебного Совета).

В 1941—1942 гг. П. Н. Рабинович изготовил в Ташкенте некоторое количество альбуцида, которым я и пользовался в Сталинабаде.

Альбуцид здесь мною применен как на гнойной группе больных, так и при кишечных заболеваниях (гемо-колиты, токсическая диспепсия и др.) с большим терапевтическим эффектом.

По переезде П. Н. Рабиновича в Сталинабад, он в моей лаборатории выпускал небольшое количество альбуцида или как мы его называли стафилоцида из-за его сильного действия на стафилококки. Наши доклады о действии альбуцида при гнойных заболеваниях были помещены и напечатаны в трудах первой научно-оборонной сессии (19—21 сентября 1942 года) Управления эвакогоспиталей Наркомздрава Таджикской ССР (стр. 23—24 и 28—29).

Препарат в 1942 году применен был с успехом на раненых проф. Орловым М. И. в Ташкенте и затем с тем же успехом он был применен и при фолликулитах уха и носа врачом Андреевым из клиники проф. КОЦ (Сталинабад).

Впоследствии десятки больных фурункулезом мною с успехом были лечены альбуцидом или как мы его звали стафилоцидом (см. доклады наши на оборонной сессии эвакогоспиталей Таджикской ССР в 1942 г.).

Сравнивая влияние трех препаратов—стрептоцида, сульфазола и альбуцида на живую культуру стафилококка (штамм Сталинабадского санитарно-бактериологического института—директор тов. Островская), оказалось, что альбуцид наиболее активный из этих препаратов. Он задерживает рост стафилококков даже в больших разведениях (ассистент А. И. Горожанина).

Бактериостатическое действие альбуцида.

Таблица I.

Препарат	При каких разведениях задерживался рост стафилококков
	Через 48 часов
Альбуцид	1:5000
Сульфазол	1:8000
Стрептоцид	1:3000

Результаты лечения различных гнойных заболеваний препаратом альбуцидом — стафилоцидом при назначении его внутрь по 1,0×4 5 раз в день приводятся в таблице № 2 (сводная).

Таблица II.

№№ п/п.	Заболевание	К-во больн.	Излечен.		Улучшен.	Без п рр. м н	Ухудш.	Рецидив
			Число	№				
1	Остеомиэлиты огнестрельного происхождения	22	14	63,7	2	3	5	—
2	Карбункулы	8	8	100	—	—	—	—
3	Фурункулез	29	24	82,7	3	2	—	3
4	Гидрадениты	11	8	72,7	—	2	1	1
5	Стафилококковое импетиго	17	14	100	—	—	—	2
6	Фолликулиты . . .	17	14	—	—	3	—	1
7	Сикоз вульгарный .	9	5	—	2	1	1	1

Из таблицы видно, что в препарате альбуциде мы имеем активное химическое вещество при группе болезней, вызываемых стафилококками, на которые обычные сульфамидные соединения не оказывают заметного эффекта. На основе чего мы и рекомендуем широко применять альбуцид при стафилококковых процессах (фурункулы, карбункулы, фолликументы). В глазной практике сотрудники акад. Авербаха получили хороший эффект от альбуцида при гнойных коньюнктивитах и язвах роговиц.

Английские врачи сообщают об успешном лечении ожогов мазью из альбуцида.

ИЗ КЛИНИКИ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ БЕЛОРУССКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА (ЯРОСЛАВЛЬ)

Лечение герпетиформного дерматита Дюринга сульфидином

Ассистент Е. П. ПИОТРОВСКАЯ

Для лечения герпетиформного дерматита предложено много методов лечения. Прокопчук и Барановский опубликовали в 1934 г. наблюдения об успешном, хорошем применении при герпетиформном дерматите Дюринга трансфузии крови 150—250 куб. сантиметров.

Мы наблюдали 3-х больных с различной продолжительностью дерматита Дюринга.

Этих больных мы лечили в клинике сульфидином.

Случай I. Больная С., 20 лет,—студентка ЛИИТ явилась в кожно-венерическую клинику с герпетиформным дерматитом Дюринга с локализацией на туловище, верхних конечностях, бедрах и ягодицах. Больная в раннем детстве перенесла корь и скарлатину. Кожных болезней раньше не отмечает. Со стороны наследственности ничего патологического не выявляется. Родители, братья и сестры кожными болезнями не страдали. Считает себя больной с октября 1943 г. После легкого недомогания, которое она связывает с баней, она заметила на лбу, щеках и подбородке наличие небольших пузырьков. Через 5—6 дней появилась новая высыпь в виде красных пятен и пузырей с локализацией на туловище, верхних конечностях и в меньшей степени на бедрах и ягодицах. Сыпь сопровождалась незначительным зудом и жжением.

С каждым днем количество сыпных элементов увеличивалось, и больная вынуждена была обратиться за помощью к врачу поликлиники.

Больная телосложения правильного, питания удовлетворительного.

Видимые слизистые нормальной окраски. Костная и мышечная система без отклонений от нормы. Незначительное увеличение шейных и подчелюстных желез.

Внутренние органы: сердце, легкие—в пределах нормы.

На лице: в области лба, щек и подбородка имеется множественные нежные пузырьки с ярко-воспалительным венчиком, некоторые не имеют его. Пузыри варьируют в величине от булавочной головки до горошины, наполненные прозрачным содержимым. На шее, особенно на боковых поверхностях, отмечаются урдикоподобные красные пятна с более бледным центром и периферическим расположением мельчайших пузырьков.

На туловище, верхних конечностях, ягодицах и бедрах наличие полиморфной сыпи, в виде эритематозных пятен, пустул, пузырей с групповым расположением и мельчайших пузырьков, напоминающих герпес.

Наибольшее количество сыпных элементов отмечается на туловище и верхних конечностях, и в меньшей степени на бедрах и ягодицах.

Лабораторные исследования:

В моче особых отклонений от нормы нет.

Кровь: гемоглобина—72%, эритроцитов—3.620.000, лейкоцитов—10.200, цветной показатель—1.0. РОЭ—20 мм в час.

Диагноз—герпетиформный дерматит Дюринга.

Проделано без успеха различное лечение: аутогемэтерапия от 4.0 до 10.0—15 ин'екций, кальциевая терапия и мазевое лечение.

2/II. Назначено курсовое лечение сульфидином до 18.0 (ежедневный прием—по 1.5—0,5 х 3 р. в день).

5/II. Сыпные элементы в стадии обратного развития. Новых эффлоресценций нет.

6/II. Элементы подсыхают хорошо. На месте бывших пузырей остались только корочки.

7/II. Кожа на некоторых участках очистилась совсем от корочек. Пятна побледнели. Новых пузырей нет.

8/II. На месте бывших пузырей и пятен появилась пигментация. Новых высыпаний нет.

9/II На лице элементы стойко держатся. Лечение сульфидином закончено.

10/II. Консультация с профессором А. Я. Прокопчук. Назначено смазывание лица 2 раза в день водным раствором грамицидина с содержанием грамицидина 200 грамм в 1 куб. сантиметре.

11/II. Отмечается подсыхание элементов на лице.

12/II. Полное подсыхание пузырьков на лице. Новых фликтен нет.

Больная С. страдала 4 месяца герпетиформным дерматитом Дюринга и применяемая обычно терапия не давала никакого успеха. Рецидивы сыпи следовали один за другим. Назначенное же лечение сульфидином оборвало течение болезни, новых вспышек в течение 3-х месяцев не последовало. Высыпания же на лице были типа контагиозного импетиго. Сульфидин на них влияния не оказал. Было назначено обмывание лица грамицидином 2 раза в день, который и дал излечение в 2 дня.

Случай II. Больная С., 17 лет,—ученица VII класса.

Явилась в кожно-венерическую клинику с герпетиформным дерматитом Дюринга с локализацией болезненного процесса на туловище, верхних конечностях и ягодицах. В детстве перенесла только корь. Начало заболевания относит к январю 1943 года. Больная отмечает внезапное появление пузырей и пятен сначала на туловище и верхних конечностях, затем на ягодицах. Высыпание продолжалось 3—4 дня, по поводу чего она немедленно обратилась к врачу поликлиники. Назначенное амбулаторно-мазевое лечение не дало успеха.

$1^1/_2$-месячное пребывание в стационаре дало временный недельный эффект, после чего была новая вспышка болезни, и больная вновь поступила на лечение в стационар и выписана была с кратковременным эффектом.

Последний рецидив—с 15/XII.

6/I поступила в кожно-венерическую клинику на стационарное лечение.

Телосложения правильного, питания хорошего. Видимые слизистые нормальной окраски. Мышечная и костная система без отклонений от нормы.

Шейные и подмышечные железы увеличены до воложского ореха. Реакция зрачков на свет живая. Рефлексы сухожильные и мышечные без отклонений от нормы, дермографизм красный, нестойкий.

Внутренние органы: сердце и легкие в пределах нормы.

Кожное заболевание представляется в виде эритематозных пятен и пузырей с прозрачным содержимым в различных стадиях развития. Пузыри имеют групповое расположение. Некоторые лишены покрышек и образуют большие кровоточащие эрозивные очаги. Другие расположены в виде колец на эритематозном основании, напоминающие герпес.

Лабораторные исследования:

Моча без отклонений от нормы.

Кровь: гемоглобина—70%, эритроцитов—3.530.000, лейкоцитов—5.200, цветной показатель—1.0. РОЭ—35 мм в час.

Диагноз—герпетиформный дерматит Дюринга.

2/II. Назначен сульфидин по 0,5 х 3 раза в день.

5/II. Новых сыпных элементов нет, прежние в стадии обратного развития.

7/II. Подсыхание пузырей продолжается, новых высыпаний нет.

8/II. Полное подсыхание прежних элементов. Новых нет.

9/II. На месте бывших сыпных элементов кожа слегка гиперемирована. На некоторых участках кожи появилась пигментация, новых пузырей нет.

При наблюдении больной в течение 3-х месяцев высыпаний не отмечается.

После 13-месячного течения герпетиформного дерматита кожные проявления последнего были сняты назначением одного курса сульфидина в количестве 12.0 (грамм).

Мы считаем, что наиболее лучший эффект дает при герпетиформном дерматите Дюринга лечение сульфидином.

Срок, в течение которого исчезают высыпные элементы, является самым наименьшим.

Случай III. Больная И., по профессии бухгалтер, поступила в кожно-венерическую клинику г. Ярославля с герпетиформным дерматитом Дюринга с локализацией на шее, туловище и в паховых сгибах.

В детстве она перенесла корь и воспаление легких. Кожных болезней раньше не было.

Родители, братья и сестры—живы, здоровы. Кожными болезнями не страдали. Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается. Кожное заболевание появилось с марта 1940 года.

После незначительного зуда всего тела появились группы пузырей и красных пятен в подмышечных областях. На 2-й день такие же пузыри и пятна распространились на боковые поверхности туловища, грудные железы и на 4-й день в паховых сгибах. Больная обратилась к врачу в местную больницу, где лечилась разными мазями и примочками в течение 4-х лет.

Длительное упорное мазевое лечение не прекращало течения болезни и если наступали светлые промежутки, то продолжались 3—4 дня, после чего следовала еще более сильная вспышка высыпных элементов.

Больная телосложения правильного, питания удовлетворительного. Видимые слизистые нормальной окраски. Мышечная и костная система—норма.

Лимфатическая система: отмечается увеличение шейных и подмышечных желез лесного ореха, другие железы без изменений. Зрачковый рефлекс живой. Сухожильные и мышечные без отклонений

от нормы. Сердце, легкие в пределах нормы. Сыпь занимает шею, подмышечные впадины, грудные железы, паховые сгибы, боковые поверхности туловища, исключением является живот и спина. Сыпные элементы представляются в виде эритематозных пятен, герпесоподобных участков, корочек, изолированных и сливных пусвул, образующих большие участки кожного поражения с выраженной инфильтрацией. На боковых поверхностях туловища кожа представляется неровной—шероховатой буровато-красного цвета. Суб'ективно незначительный зуд. Диагноз—герпетиформный дерматит Дюринга.

Лабораторные исследования: моча—особых отклонений от нормы не представляет. Кровь: гемоглобина—52%, эритроцитов—3.710.000, лейкоцитов—4.200, РОЭ—34 мм. в час.

11/III. Назначен сульфидин по 0,5 x 3 раза в день до 18,0.

12/III. На шее на эритематозных пятнах появились новые группы мельчайших пузырьков от 15 до 25.

13/III. Новых высыпаний нет.

14/III. Подсыхание элементов идет хорошо. Новых высыпаний нет.

15/III. Подсыхание продолжается. Новых пузырей нет.

16/III. Полное подсыхание с наличием обильного шелушения. Местами имеется лишь пигментация на месте бывших сыпных элементов.

17/III. Сыпь исчезла полностью.

18/III. Новых высыпаний нет. Лечение сульфидином закончено.

Курсовая доза принятого сульфидина—12,0.

В данном случае герпетиформный дерматит Дюринга не поддавался никакой терапии в течение 4-х лет. Назначение одного курса сульфидина сняло кожные высыпания и при дальнейшем наблюдении в течение 4-х месяцев сыпь больше не рецидивировала.

Приведенные три случая герпетиформного дерматита Дюринга были лечены довольно успешно сульфидином.

Мы полагаем, что сульфидино-терапия этого заболевания является предпочтительной перед другими методами лечения.

Опыт применения грамицидина „С" в дерматологической практике

Г. О. Сутеев и О. Д. Бобкова-Басова

Из микологического отделения Центрального института малярии и медицинской паразитологии (зав. отд. проф. С. Ф. Дмитриев, директор института проф. П. Г. Сергиев) и кожно-венерического отделения поликлиники им. Остроумова (зав. отд. доц. Г. О. Сутеев).

Американский микробиолог Дюбо, работая над проблемой антагонизма между микробами в 1939 г., получил впервые из культуры антагонистической почвенной споровой палочки особое химическое вещество с сильно выраженными антагонистическими свойствами, убивающее окружающих микробов. Вещество это было названо тиротрицином. При дальнейших исследованиях Дюбо и Гочкис установили, что тиротрицин состоит из двух кристаллических фракций— грамидицина и тироцидина. Как показали эксперименты, грамицидин обладает более мощным антибактериальным действием на грамположительных микробов и не действует на грам-отрицательных, отчего он и получил свое наименование.

Исследования американских химиков показали, что тиротрицин, тироцидин и грамицидин обладают близким строением и являются полипептидами, состоящими из ряда аминокислот. Грамицидин представляет собой полипептид, не содержащий свободных аминных карбоксильных групп. В его состав входят триптофан, лейцин, аланин и др. Он бесцветен, плавится при 228—230°, растворим в спирте, уксусной кислоте и безводном ацетоне.

Грамицидин является биологическим антисептиком. В противоположность синтетическим антисептикам он не действует на ткани и убивает микробов без повреждения живой клетки. Однако грамицидин не может применяться парэнтерально ввиду его гемолитического действия, а только наружно или же вводится в полости в виде водных растворов.

Получение и выработка советского грамицидина (грамицидин „С") производится в настоящее время в микробиологическом отделении Центрального института малярии и медицинской паразитологии проф. Г. Ф. Гаузе и М. Г. Бражниковой при непосредственном и активном участии директора института проф. П. Г. Сергиева. Гаузе и Бражниковой после длительных поисков удалось из почвенных микробов изолировать штамм бактерий, вырабатывающий значительное

количество грамицидина. Грамицидин „С" убивает стафилококков, стрептококков и пневмококков приблизительно в одинаковых концентрациях, чем существенно отличается от американского препарата Дюбо. Последний действует на стафилококков значительно слабее, чем на стрепто-и пневмококков.

Помимо указанных микробов советский грамицидин оказывает бактерицидное действие на анаэробов, на вегетативные формы сибирской язвы, на палочки дифтерии. Кроме того, по исследованиям Стокса, Пика и Вудварда грамицидин обладает фунгистатическим действием на патогенные грибки парши, микроспории и др.

Грамицидин был испытан в хирургических клиниках при лечении инфицированных ран и других гнойных процессов (эмпиемы, остеомиэлиты) и показал высокую терапевтическую эффективность (К. М. Циркуненко, Е. А. Кост, М. И. Стенко, а также Н. М. Гуляев).

Мы решили испытать действие советского грамицидина на больных с поражениями кожи. Под нашим наблюдением было 118 больных с различными дерматозами. Из них: мужчин—56, женщин—41, детей—в возрасте от 1 года до 12 лет—21. Грамицидин применялся в спиртовых растворах из расчета 1 ампулы (0,5 см^3) на 25—50 см^3 спирта (а при дальнейшем лечении на 100 см^3) для смазывания пораженных мест.

Во многих случаях получено определенное улучшение, а в ряде других полное излечение. Срок лечения в общем находился в пределах 6—10 дней, редко больше. Побочного действия не наблюдалось, если не считать кратковременного чувства жжения, что всецело следует отнести за счет действия спирта.

Очень хорошие результаты получены при язвах голени и при глубоких язвенных очагах, развившихся после карбункулов. Всего таких случаев у нас было 9, из них излечение наступило у 7 больных в срок до 10—12 дней, а у двух, исчезнувших из-под наблюдения, значительное улучшение (выполнение грануляциями язвенного очага и начало эпителизации).

Особенно интересно одно наблюдение, когда у 60-летнего инженера с атоническими язвами правой голени, по поводу которых больной безуспешно лечился в течение более полугода, излечение наступило через месяц после применения грамицидина.

С мокнущей экземой был 21 больной, в 15 случаях получено прекращение мокнутия, но дальнейшего улучшения не наблюдалось, почему пришлось применить другие методы лечения. Полное излечение из этой группы больных получено в 6 случаях, однако у всех этих больных экзема имела импетигинозный характер, и, повидимому, здесь действие грамицидина об'ясняется его воздействием на стрепто-стафилококковую инфекцию.

Вполне удовлетворительны результаты применения грамицидина при некоторых формах пиодермии (импетиго). Таких больных мы имели 65. У 54 больных получено полное излечение, а в 10 случаях улучшение, граничащее с выздоровлением. В одном наблюдении у 9-летнего мальчика с глубокой эктимой в области правой височной области, безуспешно лечившегося кварцем, белым стрептоцидом, белой ртутной мазью и другими средствами в течение 7 месяцев, полное излечение наступило через 7 дней после применения грамицидина.

Следует указать, что для лучшего воздействия грамицидина на пораженную ткань необходимо предварительно удалить корки.

В двух случаях рожи лица, отек и эритема исчезли уже через 2 дня после применения препарата.

При так называемой эпидермафитии (межпальцевые эрозии и дизидротическая форма экземы стоп) получено полное излечение у 9 из 10 больных, а у одного, исчезнувшего из-под наблюдения, значительное улучшение. Заслуживает внимания больная медицинская сестра с межпальцевыми эрозиями левой стопы. Больная не могла ходить вследствие резкой болезненности и в течение 6 недель безуспешно лечилась разными способами и средствами (горячие ванны с марганцевокислым калием, ихтиоло-стрептоцидная и другие мази). Через 6 дней после применения грамицидина больная смогла уже свободно ходить, не ощущая болей, а эрозии почти полностью заэпителизировались.

С трихофитией гладкой кожи мы имели 4 больных. Уже на 5-й день применения препарата грибков было нельзя обнаружить, хотя инфильтрация кожи полностью не исчезла.

В двух случаях отрубьевидного лишая наступило исчезновение пятен у больной через две недели. В другом случае с незаконченным лечением через 10 дней наблюдалось лишь побледнение сыпи.

В случае эритразмы после трехнедельного применения грамицидина заметного эффекта не получено.

В 6 случаях язвенного актиномикоза кожи наблюдалось уменьшение отделяемого, причем в двух случаях наступило полное рубцевание язвенных очагов после месячного применения грамицидина наряду со специфической иммунотерапией. Интересно также наблюдение, касающееся 9-летнего мальчика, у которого после вскрытия актиномикозного абсцесса левого бедра (абсцесс развился на месте сделанной инфекции камфоры) образовалась глубокая язва размерами 11×4 см^3 с обильным гнойным отделяемым. Через месяц лечения язва уменьшилась до 3×3 см^3, выполнилась хорошими грануляциями, отделяемое почти прекратилось.

Конечно, нельзя делать каких-либо выводов на основании сравнительно столь небольшого материала, однако общее впечатление от применения грамицидина в дерматологии вполне благоприятно.

Советский грамицидин не уступает по действию белому стрептоциду, а нередко и превосходит его, не вызывая раздражения тканей. И уже ни в какое сравнение спиртовые растворы грамицидина не могут итти со столь широко применяемым в дерматологии и хирургии спиртовым раствором бриллиантовой зелени, хотя бы по одному тому, что растворы грамицидина не пачкают белья и кожи, не говоря уже об их куда большей эффективности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Гаузе Г. Ф.** и **Бражникова М. Г.**—Грамицидин и его свойства. Советский грамицидин и лечение ран. Медгиз 1943, стр. 5—36.

2. **Циркуненко К. М., Кост Е. А.** и **Стенко.**—Лечение грамицидином инфицированных ран и гнойных процессов. Там же, стр. 37—50.

3. **Гуляев Н. М.**—Опыт применения грамицидина в клинике. Там же, стр. 50—53.

ИЗ КАФЕДРЫ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ МИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
(Директор—академик А. Я. Прокопчук)

Механизм действия белого стрептоцида при некоторых инфекционных заболеваниях кожи

Кандидат медицинских наук В. М. Пальчиков

Тезисы защищенной диссертации на ученую степень доктора медицинских наук 29/Х 1943 г. на заседании Ученого Совета Томского медицинского института.

Белый стрептоцид лишен бактерицидных свойств; поэтому без мобилизации и помощи клеточно-гуморальных сил защиты самого заболевшего организма стрептоцид не может оказать своего действия, и макроорганизму принадлежит значительная роль в окончательном уничтожении возбудителя.

Имеется мало наблюдений и работ по лечению белым стрептоцидом кожных заболеваний: Трутнев—6 случаев отслаивающего дерматита новорожденных и единичные случаи успешного лечения полиморфной экрсудативной эритемы, розового лишая Жибара и узловатой эритемы (Горшинович, Титов).

В вопросе механизма действия стрептоцида имеется много неясных, спорных, далеко еще не установленных, часто противоречивых исследований.

Левадити и Вейсман об'ясняют механизм действия стрептоцида тем, что стрептоцид мешает, повидимому, образованию капсулы у стрептококков и таким путем делает их доступными фагоцитированию, нейтрализует токсины и эндотоксины. Кричевский и Дембская опровергают нейтрализующие действия со стороны стрептоцида на токсины и эндотоксины.

Лонг и Блисс доказывают, что стрептоцид затрудняет размножение стрептококка и так изменяет его, что он делается легко доступным для фагоцитоза.

Улеско-Строганова утверждает, что стрептоцид является прекрасным активатором Р. Э. С., а Николаев ей возражает и приводит данные, что стрептоцид уменьшает раздражимость Р. Э. С.

Наши опыты влияния стрептоцида на Р. Э. С. методом волдырной пробы с трипановой синькой по Лещинскому, лимфогистиоцитарной реакцией Кауфмана и лейкоцитарной реакцией Гуэна указывают на уменьшение реактивной способности Р. Э. С. и повышение ее устойчивости. Это вполне совпадает с клиническими наблюдениями, свидетельствующими нередко о благоприятном действии стрептоцида при ряде кожных заболеваний аллергического характера.

Изучая изменения феноменов—анафилаксии Рише, Артюса и Шварцмана под влиянием стрептоцида, наглядно удается доказать при всех этих опытах, что стрептоцид обладает десенсибилизирующими свойствами, поэтому под влиянием стрептоцида резко снижается феномен анафилаксии Рише, задерживается появление феномена Артюса и значительно снижается феномен Шварцмана.

Проведенное лечение 360 кожным больным с предполагаемой стрептококковой этиологией показало, что белый стрептоцид обладает чрезвычайно эффективным действием при розовом лишае Жибера, многоформной экссудативной эритеме, узловатой эритеме, ревматической пурпуре, роже, пузырчатке новорожденных и при стрептогенном импетиго.

Проведенное лечение 70 таким же больным, но у которых произошли слабые аллергические сдвиги в организме, с предварительной подготовкой к лечению стрептококковой вакциной, показало, что эффективность действия стрептоцида еще более усиливается и уменьшается общая суммарная его доза.

ИЗ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ВИТЕБСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
(Зав. кафедрой—проф. И. И. Богданович)

Салициловый пластырь как эпиляционное средство

Проф. И. И. Богданович

Эксперименты Юшкова показали, что волос лишен гигроскопичности, что применяемые при лечении лекарственные вещества впитываются лишь на месте непосредственного соприкосновения с волосом, т. е. на участках свободного роста волос, не проникая в часть волоса, заключенную в фолликул. Еще Бенье указал, что нет ни одного дезинфицирующего средства, которое в дозе, совместимой с жизнью фолликула, могло проникнуть достаточно глубоко в кожу и убить находящиеся там грибки.

В 40-х годах прошлого столетия было известно, что основным условием излечения грибковых поражений волосистой кожи головы является тщательная ручная эпиляция. В настоящее время метод рентгеноэпиляции является общепризнанным. Однако рентгеноэпиляция имеет ряд существенных недостатков. Она сопровождается головными болями, дерматитом, язвами, временами стойкой алопецией, невозможностью облучения маленьких детей и т. п. Благодаря этим недостаткам и на сегодняшний день имеется много сторонников поисков такого метода лечения, который дал бы быстрое излечение без применения рентгеновских лучей.

Для этой цели мы решили испробовать салициловую кислоту, которая, по мнению многих авторов (Бужинский, Сиверцев, Гундоров и др.), способна к всасыванию кожей. Всасываемость салициловой кислоты доказывается нахождением ее в моче при применении на коже в форме мази, пластыря и втирания салициловокислого метила с наложением герметической повязки. Гистологические исследования кожи, подвергнутой действию салицилового пластыря и салицилового коллодия (10—30%), произведенные Менахем Годара, указывают на изменения как в эпидермисе, так и в коже, состоящие в отторжении рогового слоя, пролиферации клеток Мальпигиева слоя, расширении сосудов и инфильтрации ткани, что, конечно, возможно лишь при глубоком проникновении средства в кожу.

Производимое салициловой кислотой расщепление роговых клеток, клинически обнаруживающееся послойным отделением роговых масс мозолистых утолщений при смазывании их 10% салициловым коллодием и констатируемое микроскопически, заставляет предполагать, что такое изменение рогового покрова под влиянием салициловой кислоты, вообще, способствует всасыванию ее.

За последние два года для эпиляции ограниченных очагов грибковых поражений на волосистой части кожи головы, а также в тех случаях, когда наблюдались рецидивы после рентгена или таллиевого пластыря, мы с положительным результатом применяли 20% салициловый пластырь. Эпилирующее действие салицилового пластыря, повидимому, зависит от того, что под пластырем получается полная задержка перспирации и согревание кожи благодаря непроницаемой пластырной массе и плотной материи, покрывающей эту массу. Кроме того, под пластырем происходит гиперемия, набухание, мацерация кожи, ускорение осмотических процессов и усиление тока всасывания. Все это приводит к ослаблению крепления луковицы волоса. Это обстоятельство значительно облегчает ручную эпиляцию, а также делает весь процесс удаления волос почти безболезненным. В салициловом пластыре мы нашли средство, которое если и не приводит к самостоятельной эпиляции волос, то, во всяком случае, значительно облегчает ручную эпиляцию.

Методика применения

Волосы на очагах поражения и на 2—3 см. в окружности коротко выстригаются. Корки удаляются путем наложения повязок из 1% салицилового масла или вазелина. Затем берется кусок полотна размерами на 1—2 см. больше площади поражения и намазывается 20% подогретой пластырной массой, состоящей из 20 частей салициловой кислоты и 80 частей Донникового пластыря. Приготовленный таким способом пластырь накладывается на пораженный участок и закрепляется липким пластырем. Пластырь удерживается 14 дней. По снятии пластыря, которое происходит обычно без боли, волосы выдергиваются эпиляционным пинцетом. На очагах поражения выдергивание волос происходит безболезненно, в окружности поражения волосы выдергиваются болезненно, однако менее болезненно, чем на участках, не подвергнутых действию салицилового пластыря. После тщательной эпиляции волос проводится в течение 6 недель дезинфицирующее лечение 5% иодной настойкой и Вилькинсоновской мазью. Для излечения имеет огромное значение тщательная эпиляция волос и хорошо проведенное дезинфицирующее лечение.

За время с 1-го января 1940 года по 1-е января 1941 года упомянутой терации подвергались 20 больных. Из них 5 стационарных и 15 амбулаторных; при этом с паршой волосистой кожи головы наблюдалось 5 человек, с трихофитией—3 и с микроспорией—2 человека. Пластырь накладывался на всю волосистую кожу головы в 4-х случаях, на ограниченные участки в 16 случаях. Из 20 больных двое лечилось салициловым пластырем после неудачного лечения рентгеновским облучением и один—после неудачной эпиляции таллиевым пластырем (рецидивы), остальным лечение проводилось впервые. У 16 больных, которым пластырь был наложен на ограниченные очаги поражения, получен хороший эпиляционный эффект. У четырех больных, у которых пластырь был наложен на всю волосистую кожу головы, эпиляционного эффекта не получилось, и эти больные в дальнейшем подверглись рентгеновскому облучению.

Выводы

1. Салициловый пластырь облегчает эпиляцию волос ручным способом.
2. Метод дает хороший эпиляционный эффект при ограниченных очагах поражения.
3. Метод не дает эпиляционного эффекта, вполне достаточного для безболезненного удаления волос при наложении салицилового пластыря на всю волосистую часть головы.
4. Метод может быть применен для эпиляции у детей до 3-х лет, а также в тех случаях, где имеются рецидивы при рентгеновских и других методах лечения.

ТЕЗИСЫ К ДОКЛАДАМ НА КОНФЕРЕНЦИИ ПО АНТИСЕПТИКАМ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, СОЗВАННОЙ УЧЕНЫМ СОВЕТОМ НКЗдрава СССР от 25—27 мая 1944 г. в гор. Москве.

Советский грамицидин, его природа и методика приготовления

Проф. Г. Ф. Гаузе

1. Антогонистические вещества почвенных бактерий. Соотношение между образованием антагонистических зон на агаровых пластинках и бактерицидностью бульонных культур. Новое вещество—мезентерин, как пример анатогонистического вещества почвенной споровой аэробной палочки.

2. Явление антагонизма у вас. Существование принципиальных отличий между отдельными штаммами. Штамм Дюбо и штамм Гаузе-Бражниковой. Получение тиротрицина и советского грамицидина.

3. Изучение строения молекулы кристаллического советского грамицидина доказывает его существенное отличие от грамицидина Дюбо и от тироцидина. Аминокислотный состав советского грамицидина. Механизм действия грамицидина. Стойкость грамицидина.

4. Влияние внешних условий на рост бактерий штамма Гаузе-Бражниковой и образование грамицидина. Термофилия бактерий. Роль продувания воздуха и азотного питания.

5. Новая схема получения советского грамицидина для массового производства.

Анализ действия советского грамицидина на различных микробов

М. Г. Бражникова

1. Действие кристаллического грамицидина на грам-положительных микробов. Сравнение его с действием тиротрицина.

2. Действие кристаллического грамицидина на грам-отрицательных микробов. Сравнение его с действием на эту группу тиротрицина.

3. Избирательность действия советского грамицидина. Некоторые особенности действия грамицидина на грам-положительных и грам-отрицательных микробов.

4. Токсичность советского грамицидина при внутрибрюшинном введении. Сравнение с токсичностью тиротрицина.

5. Токсичность советского грамицидина при пероральном введении.

Бактериостатические вещества почвенных бактерий

Проф. А. Е. Браунштейн (ВИЭМ)

Современное состояние вопроса о строении грамицидина и тироцидина. Влияние внешних условий на рост B. бревис и образование грамицидина. Связь между азотистым обменом B. бревис и обменом грамицидина. Аминокислотный обмен B. бревис. Структурно- и белково-связанный грамицидин. Антагонисты и сенсибилизаторы к действию грамицидина. Влияние грамицидина на окислительные процессы и механизм его действия.

Другие бактериостические вещества (антибиотики) бактериального происхождения. Многообразие природных автибистиков и общие принципы их действия.

Применение советского грамицидина в клинике

Проф. П. Г. Сергиев

1. Применение сульфамидных препаратов дало вновь толчок к развитию антисептических методов в хирургии.

2. Открытие антисептиков биологического происхождения пеницилина и грамицидина является новой вехой в дальнейшем развитии антисептического метода лечения ран.

3. Главнейшим преимуществом антисептиков биологического порядка является не только полное отсутствие угнетающего или раздражающего действия на клетки микроорганизма, но и отимулирования регенеративных процессов в ране (особенно грамицидин).

4. Преимущество и недостатки веществ типа пенацилинов и грамицилинов.

5. Методика и практика применения советского грамицидина.

6. На основании свыше полутора тысяч случаев клинического испытания советского грамицидина можно сказать, что он оправдал себя при следующих заболеваниях и случаях:

а) лечение гнойных ран;

б) длительно незаживающие язвы после ранений;

в) септические состояния, поддерживаемые периодическим поступлением микробов из очага инфекций, или токсинов микробов.

г) подготовка гранулирующих поверхностей к пересадкам кожи и ко вторичному шву;

д) анаэробная инфекция совместно с широким хирургическим вмешательством;

е) остеомиэлиты;

ж) ожоги;

з) ранения суставов и грудной клетки (гнойные эмпиэмы и артриты;

и) обработка брюшины при осложненных апендицитах и гнойных перитенитах;

к) первичная обработка раны;

л) рожа и карбункулы;

м) импетиго и пиодермия;

н) эктимы;

о) дифтерийное бациллоноситeльство.

7. Наиболее широкое применение советский грамицидин должен получить как профилактическое средство для предупреждения развития нагноения в ране.

Советский грамицидин в хирургической практике

Засл. врача Циркуненко К. М., Кост Е. А., Стенко М. И., Генина

1. Наблюдения над лечением грамицидином производились на материале Боткинской б-цы в 150 случаях.

2. Эти 150 случаев распределились следующим образом:

а) Огнестрельные ранения мягких тканей в стадии некротизации—63 сл.;

б) Последствия тяжелых ожогов—18 сл.;

в) Абсцессы брюшной стенки—6 сл.;

г) Тяжелые анаэробные флегмоны—2 сл.;

д) Абсцессы и ранения мягких тканей—28 сл.;

е) Рожистые флегмоны (некротическая форма)—20 сл.;

ж) Карбункулы лица—6 сл.;

з) Длительно незаживающие язвы—16 сл.

3. Дается методика применения грамицидина при лечении ран, карбункулов и полости рта.

4. Даются клинические и цитологические наблюдения над раной во время лечения грамицидином.

5. Даются наиболее выдающиеся случаи, излеченные грамицидином:

а) Анаэробная инфекция;
б) Очень тяжелые случаи карбункулов лица;
в) Рожистые флегмоны;
г) Длительно незаживающие раны с обильной микрофролой;
д) Гнойные процессы ротовой полости.

Экспериментальное и клиническое изучение грамицидина в лечении кожных болезней

Академика А. Я. Прокопчук (Ярославль)

1. Переданный нам. проф. Сергиевым П. Г. штамм спороносной палочки, выделенной проф. Гаузе Г. Ф., Бражниковой М. Г., был использован мной для организации выпуска грамицидина в г. Ярославле.

2. Опыты моих сотрудников (П. В. Дыло,) кандидат наук С. Н. Никольский, Б. Н. Савинова) показали, что изготовление чистого грамицидина сопряжено с большими (60—70%) потерями и, кроме того, очищенный солевым раствором грамицидин при опытах П. В. Дыло очень мало отличался от неочищенного при их воздействии на культуры стафилококков и стрептококков. В связи с этим наряду с очищенным мы пользовались также и неочищенным грамицидином.

3. Изучение способов воздействия грамицидина на гнойные заболевания кожи показало, что при поверхностных микротравмах, при поверхностных стрептодермиях наиболее благоприятный эффект от грамицидина дают его спиртовые растворы в концентрации 200—400 гамма в одном кубическом сантиметре (проф. Богданович).

4. Назначение грамицидина в глицериновом растворе сохраняет его стойкость значительно дольше, чем в водных растворах.

5. Среди основ для изготовления грамицидиновых мазей предпочтительнее всех оказался свиной жир и ланолин.

6. В профилактике повреждений кожи при мелких ее травмах лучший результат дают не водные, а спиртовые растворы.

7. В косметической практике при вульгарном акне и стрептококковом питириазисе наиболее благоприятный результат дает очищение кожи спиртовым раствором грамицидина с назначением на ночь грамицидиновой ланолиновой мази.

8. Мы наблюдали 192 пациента, леченных грамицидином, причем наибольший терапевтический эффект дает группа гнойных повреждений кожи поверхностного характера типа заразного и вульгарного импетиго.

9. У 117 больных с вульгарным и заразным импетиго излечение наступило при применении спиртового раствора грамицидина в среднем в срок 4,1 дня. У 8 больных были отмечены рецедивы импетиго, излеченные повторным назначением грамицидина.

10. У 23 больных, имеющих глубокие повреждения на коже типа эктим, лечение грамицидином было закончено в среднем в срок в 6,8 дня. Рецедивы заболевания были у 3-х больных, излеченных впоследствии комбинированной терапией грамицидино-ланолиновой мази вместе с кварцевой лампой.

11. У 7 из леченных грамицидином 9 больных, имевших хронические гнойные язвенные повреждения кожи, долго не поддававшиеся обычной терапии—от 3 мес. до 3 лет, излечение было закончено в срок от 16 до 31 дня. У 2-х больных результат был вначале хороший, но достичь заживления грамицидином не удалось.

12. Во всех этих 149 случаях поверхностной и глубокой пиодермии быстро превращалось отделение гноя, уменьшались воспалительные явления и в поверхностных эпидермитах тонкая желтая корочка обычно отпадала на 3—5 день, а при глубоких процессах отмечалось к 3—4 дня развития чистых хороших грануляций с довольно быстрой эпителизацией краев язв.

13. При лечении 12 больных с фолликулитами уха и носа во всех случаях излечение наступало позже, чем при поверхностных пиодермитах—к 6—9 дню и было лучше от спиртовых растворов грамицидина, чем от ланолиновых мазей.

14. У 8 больных с вульгарным акне эффект лечения грамицидином был нестоек. По прекращении лечения наступали рецидивы через 1—2 недели или позже.

15. Назначение грамицидина 5 больным с вульгарным стафилококковым сикозом (доктор Арбузов) давало небольшое временное улучшение, но ни один больной не был полностью излечен.

16. Хороший терапевтический эффект наблюдался у 6 больных с „герпес лабиалис“ при назначении ланолиновой мази с грамицидином

17. Среди 11 больных с пара-травматической экземой, при пользовании грамицидином, был получен временный эффект только у 7 больных и лечение всех было прекращено; у больных подсыхали мокнущие очаги, прекращалась импетигинизация, прекращалась болезненность, но сухие очаги и инфильтрация их мало изменялась от грамицидина.

18. Наблюдение над 5 больными острой гонореей, проведенное д-ом Арбековым, показало: гнойные выделения уменьшились, моча просветлялась, гонококки в мазках из уретры не исчезали, но они становились очень чувствительными к последующему промыванию марганцево-кислого калия.

19. Более 16 больных было успешно излечено в хирургическом отделении Ярославской жел. дор. больницы д-ром Е. М. Забусовой (преимущественно перитониты, эмпиемы и гнойные осложнения). При операции вскрытия брюшной полости проходили очень удачно, даже и в осложненных случаях, при применении водного грамицидинового раствора.

20. Один случай трихофитии волосистой части головы был излечен грамицидином в течение 23 суток (спиртовой раствор назначался дважды в день).

21. Наблюдения над больными, леченными грамицидином, приводят к выводу, что последний может с успехом заменить в дерматологической практике иод, риванол и бриллиантовую зелень, особенно неприятную своим окрашиванием кожи.

ОГЛАВЛЕНИЕ

АК 06528. Типография № 1 изд. «Стахановец транспорта». Заказ № 2280.